

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Síndrome de Munchausen *by Proxy*: Caraterísticas Psicopatológicas e Personalidade dos Agressores

Daniela Ribeiro Oliveira

M

2018



Dissertação de candidatura para conclusão de Mestrado Integrado em Medicina, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto.

- Artigo de revisão bibliográfica

Título: Síndrome de Munchausen *by Proxy*: Características Psicopatológicas e Personalidade dos Agressores

Munchausen Syndrome by Proxy: Psychopathological Characteristics and Personality of the Perpetrators

Discente: Daniela Ribeiro Oliveira

- Estudante do 6º ano profissionalizante do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Número de Estudante: 201304652

- Endereço eletrónico: dro.24.n5@gmail.com

Orientador: Doutora Liliana Correia de Castro

- Médica Psiquiatra no Hospital Magalhães Lemos;

- Professora Assistente Convidada da Unidade Curricular de Psiquiatria do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Endereço eletrónico: lilianacorreiadecastro@gmail.com

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), Universidade do Porto.

Porto, Junho de 2018

Autor:

Daniela Ribeiro Oliveira

(Daniela Ribeiro Oliveira)

Orientador:

Liliana Correia de Castro

(Doutora Liliana Correia de Castro)

Título: Síndrome de Munchausen *by Proxy*: Características Psicopatológicas e Personalidade dos Agressores

Resumo

Introdução: A Síndrome de Munchausen *by Proxy* (SMBP) corresponde a um distúrbio caracterizado pela criação, exagero ou indução de doenças físicas ou mentais pelo cuidador num indivíduo, perante a ausência de recompensas externas. Este diagnóstico é aplicável ao agressor e não à vítima, que por sua vez poderá receber um diagnóstico de abuso. A prevalência real deste distúrbio é desconhecida, existindo pouca informação acerca dos indivíduos com este diagnóstico, que na maioria dos casos não estão dispostos a colaborar com investigadores que pretendam explorar as causas subjacentes a este comportamento.

Objetivos: O principal objetivo desta dissertação é a análise do conhecimento científico atual respeitante à psicopatologia, personalidade e aspetos psicossociais dos agressores em casos de SMBP. Adicionalmente serão abordadas as possíveis motivações do agressor, algumas teorias explicativas propostas e ainda considerações sobre o diagnóstico. O tratamento e prognóstico serão explorados de forma sucinta.

Metodologia: Foi realizada uma pesquisa na base de dados PubMed de artigos com uma ou mais das seguintes palavras-chave: “*Munchausen Syndrome*”, “*Munchausen by Proxy*”, “*Perpetrators*”, “*Personality*” e “*Psychopathology*”. Adicionalmente, foi analisada a bibliografia dos artigos obtidos, de forma a identificar outras fontes bibliográficas pertinentes para a elaboração desta dissertação. Foram usados apenas artigos redigidos em inglês, sem restrição do período temporal em que foram publicados.

Desenvolvimento: Foram identificados vários fatores e características comuns a muitos dos agressores de SMBP (sexo feminino, profissões na área da saúde, psicopatologia e a existência de conflitos conjugais). A exposição a situações de abuso durante a infância é um achado frequente nestes indivíduos e muitos deles também experienciaram situações de disrupção familiar, com separação ou perda de um progenitor. Os agressores apresentam frequentemente algum tipo de psicopatologia, sendo os diagnósticos mais frequentes as perturbações da personalidade, transtorno factício, perturbação de somatização, mentira compulsiva e perturbações do humor.

Conclusão: Apesar das dificuldades associadas ao diagnóstico e caracterização psicológica deste grupo de doentes, é importante expandir o conhecimento acerca das suas características de personalidade e dinâmicas relacionais, no sentido de melhorar as intervenções terapêuticas e minimizar o sofrimento das vítimas.

Os profissionais de saúde devem estar alerta para a possibilidade deste diagnóstico, de forma a evitar o dano iatrogénico e a continuação do abuso.

Palavras-chave: “*Munchausen Syndrome*”, “*Munchausen by Proxy*”, “*Perpetrators*”, “*Personality*” e “*Psychopathology*”

Title: Munchausen Syndrome by Proxy: Psychopathological Characteristics and Personality of the Perpetrators

Abstract

Introduction: Munchausen Syndrome by Proxy is a disorder characterized by the creation, exaggeration or induction of physical or mental diseases by a caretaker in an individual under his care, without any obvious external rewards. This diagnosis is applied to the perpetrator and not the victim, who can be diagnosed with abuse. The real prevalence of this disorder is unknown, and there is little information about individuals with this diagnosis, who in most cases are unwilling to collaborate with researchers who intend to explore the causes underlying this behavior.

Objectives: the main purpose of this dissertation is to analyze the current scientific literature concerning the psychopathology, personality and psychosocial aspects of the perpetrators of Munchausen Syndrome by Proxy. Additionally, the possible motivations of the perpetrator and some of the proposed explanatory theories will be addressed, as well as a few considerations about the diagnosis. Treatment and prognosis will be shortly addressed.

Methodology: the search was conducted in the PubMed database, from which articles containing the keywords “Munchausen Syndrome”, “Munchausen by Proxy”, “Perpetrators”, “Personality” and “Psychopathology” were retrieved. Additionally, the bibliographic references of the articles obtained were analyzed, in order to identify other relevant sources for this dissertation. Only articles written in English were used, and no temporal limit regarding the publication date was applied to the search.

Discussion: The studies identified several factors and characteristics common to many of the perpetrators of Munchausen Syndrome by proxy (female sex, healthcare related professions, psychopathology and the presence of marital conflicts). The exposure to abuse during childhood is common in these individuals, and many have also experienced family disruption, with loss of or separation from a parent. These perpetrators frequently show some kind of psychopathology, the most common diagnoses being personality disorders, factitious disorder, somatization disorder, pathological lying and mood disorders.

Conclusions: Despite the difficulties associated with the diagnosis and psychological characterization in this group of patients, it is important to expand the knowledge about their personality traits and relational dynamic, in order to improve therapeutic interventions and minimize the victim's harm.

Healthcare professionals should be alert to the possibility of this diagnosis, in order to avoid the iatrogenic harm and the prolongation of the abuse.

Key words: “Munchausen Syndrome”, “Munchausen by Proxy”, “Perpetrators”, “Personality” e “Psychopathology”

LISTA DE ABREVIATURAS

MCA – *Medical Child Abuse*

SM – Síndrome de Munchausen

SMBP – Síndrome de Munchausen *by Proxy*

TF – Transtornos Factícios/Transtorno Factício

PP – Perturbações da Personalidade

PS – Perturbação de Somatização

DSM-V – Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais - 5ª edição

Índice

Introdução.....	1
Objetivos.....	2
Metodologia	3
Desenvolvimento	4
Considerações gerais	4
Diagnóstico.....	6
Sinais de alarme e obstáculos ao diagnóstico	7
Principais Sintomas	8
Vítimas	8
Mortalidade e Morbidade.....	9
Espectro de Procura de Cuidados de Saúde	10
Categorias de SMBP/Tipos de Agressores	11
Métodos de SMBP	12
Caraterísticas sociodemográficas	13
Psicopatologia geral	16
Psicopatologia específica	17
Comportamento do agressor	19
Dinâmica mãe-criança	21
Motivações	22
Teorias Explicativas.....	24
Diagnóstico diferencial.....	27
Tratamento e Prognóstico.....	29
Conclusão.....	30
Anexos	31
Bibliografia.....	35

LISTA DE TABELAS

Tabela I. Sinais de alarme de Síndrome de Munchausen *by Proxy*

Tabela II – Características da personalidade do agressor que podem constituir obstáculos à psicoterapia.

Tabela III: Indicadores de tratamento bem-sucedido delineados por Schreier.

Tabela IV. Fatores preditores de bom prognóstico

Introdução

Richard Asher foi o primeiro a descrever, em 1951, um padrão auto-lesivo caracterizado pela fabricação de sinais e sintomas de doença, acompanhados de relatos falsos de histórias clínicas. Atribuiu-lhe o nome de “Síndrome de *Munchausen*” (SM), baseando-se no famoso Barão Munchausen, personagem literária inspirada num capitão de cavalaria alemão do século XVIII, conhecido por contar histórias exageradas sobre o tempo da guerra.¹⁻⁶

A SMBP, listada como “Transtorno Factício Imposto a Outro” na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM-5), foi descrita por Meadow em 1977⁷, e corresponde a um distúrbio caracterizado pela criação, exagero ou indução de doenças físicas ou mentais pelo cuidador num indivíduo, perante a ausência de recompensas externas. Este diagnóstico é aplicável ao agressor e não à vítima, que por sua vez poderá receber um diagnóstico de abuso.⁸ A designação atribuída a esta entidade e os critérios diagnósticos são tema de controvérsia na comunidade científica.

A maioria das vítimas são crianças pequenas e o agressor a sua mãe.^{9,10} Isto vai contra a forma como a sociedade vê as mães, que se parte do princípio estarem interessadas no bem-estar da sua prole. A ideia de que elas possam estar a induzir doença ou a expor propositadamente as crianças a dano iatrogénico é encarada com relutância pelos profissionais de saúde (e pela restante sociedade), dificultando o diagnóstico desta entidade.^{11,12} O seu adequado diagnóstico é fundamental para que seja possível proteger a vítima do abuso, assim como acionar medidas terapêuticas específicas para cada caso.

A prevalência real deste distúrbio é desconhecida, já que existe certamente uma subnotificação dos casos, devido à fraude característica desta população. Existe pouca informação acerca dos indivíduos com este diagnóstico, uma vez que estes, na maioria dos casos, não estão dispostos a colaborar com investigadores que pretendam explorar as causas subjacentes a este comportamento.³

No decorrer da tese serão abordados diferentes aspetos do diagnóstico e tratamento do SMBP e será aprofundada a temática da psicopatologia e características da personalidade dos agressores.

Objetivos

A presente dissertação tem como objetivo a análise do conhecimento científico atual respeitante à psicopatologia, personalidade e aspetos psicossociais dos agressores em casos de SMBP. Adicionalmente, serão abordadas as possíveis motivações do agressor para cometer o abuso, algumas das teorias explicativas propostas, e ainda algumas considerações sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico desta entidade.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa na base de dados PubMed de artigos que continham uma ou mais das seguintes palavras-chave: “*Munchausen Syndrome*”, “*Munchausen by Proxy*”, “*Perpetrators*”, “*Personality*” e “*Psychopathology*”. Foram selecionados os artigos mais relevantes, que foram analisados na sua versão integral. Adicionalmente, foi analisada a bibliografia dos artigos obtidos, de forma a identificar outras fontes bibliográficas pertinentes para a elaboração desta dissertação. Foram usados apenas artigos redigidos em inglês, sem restrição do período temporal em que foram publicados.

Desenvolvimento

Considerações gerais

O SM, incluído no “Transtorno Factício” (TF) do DSM-5, corresponde a uma entidade cuja característica principal é a falsificação, simulação ou indução de sinais ou sintomas de doença ou lesão, na ausência de recompensas externas óbvias. O transtorno pode ser autoimposto ou imposto a outro. Indivíduos com este transtorno também podem procurar tratamento para si ou para outros após a indução da lesão ou doença.⁸ Nesta obra, é sugerido que os TF sejam recategorizados como transtornos de sintomas somáticos.^{8,13}

Casos de TF aparecem na literatura desde Galeno, um médico romano do século II DC. É considerado uma doença mental por estar associado a dificuldades emocionais severas.¹⁴

Os métodos usados podem incluir desde o relato exagerado ou falso de sintomas à automutilação (ou, no caso do TF imposto a outro, mutilação da vítima), passando pela manipulação de exames laboratoriais até à falsificação de relatórios médicos.^{8,15,16} Isto pode levar a que o indivíduo ou a sua vítima sejam submetidos a exames diagnósticos e procedimentos terapêuticos excessivos e desnecessários, o que torna a iatrogenia uma possibilidade real.⁸

Embora o termo “Síndrome de Munchausen” seja usado por muitos como sinónimo de TF, diversos autores defendem que este se aplica apenas a cerca de 10% dos doentes diagnosticados como tal, nomeadamente aqueles com apresentações mais crónicas, extremas e refratárias. Os restantes doentes incluem pessoas que só produzem estados de doença episodicamente, frequentemente perante episódios de *stress*. Muitos destes indivíduos parecem razoavelmente bem ajustados, dificultando ainda mais a sua identificação.¹⁷

A SMBP descreve o comportamento parental que produz ou simula doença física numa criança, com consequências nocivas para esta,^{18,19} que podem ir desde mínimas até fatais. A única semelhança entre os diferentes casos é a insistência por parte do cuidador de que algo está errado, a ausência de achados patológicos suficientes para explicar os sinais ou sintomas descritos e o dano consequente infligido na criança.²⁰ As “doenças” são inexplicadas, prolongadas, refratárias a todos os tratamentos propostos e, frequentemente, resultam em inúmeros procedimentos.^{18,19}

Esta situação corresponde a uma forma relativamente rara de abuso e negligência infantil. Para além do dano físico, a natureza crónica desta entidade também introduz dano psicológico, fazendo com que as crianças se vejam como doentes ou defeituosas.²¹

O DSM-5 apresenta como critérios diagnósticos para o transtorno factício imposto a outro:⁸

- Falsificação de sinais ou sintomas físicos ou psicológicos, ou indução de lesão ou doença em outro, associada a fraude identificada.
- O indivíduo apresenta outro (vítima) a terceiros como doente, incapacitado ou lesionado.
- O comportamento fraudulento é evidente até mesmo na ausência de recompensas externas óbvias.
- O comportamento não é melhor explicado por outro transtorno mental, como transtorno delirante ou outra condição psicótica.

Estes critérios enfatizam a identificação objetiva da falsificação de sinais e sintomas de doença, em detrimento da intenção ou possível motivação subjacente.⁸ Outras fontes apontam o desejo de obter a atenção ou simpatia de terceiros como motivação principal para este tipo de comportamento, satisfazendo as necessidades psicológicas do agressor.^{3,10,22} O objetivo mais citado é o de assumir indiretamente o papel de doente, havendo autores que defendem que o termo SMBP só se aplica nesses casos.^{23,24} Contudo, sendo este um critério difícil de definir, foi excluído da quinta edição do DSM, embora o debate acerca dos critérios diagnósticos continue.²⁵⁻²⁷

O DSM inclui na definição a ideia de que ganhos externos não estão presentes. Meadow discorda, considerando que seria melhor sugerir que estes não são as razões principais para o comportamento.²⁸

Ao contrário doutras definições, o DSM-5 considera a identificação da fraude cometida pelo agressor um critério essencial.²⁹ No entanto, esta é muitas vezes difícil de demonstrar.³⁰ Embora esta restrição da definição permita clareza, as outras definições incluem uma panóplia muito maior de motivações e comportamentos com consequências semelhantes que representam a realidade clínica. A definição do DSM-5 é muito restrita, excluindo muitos casos de dano não causado através de fraude.²⁹

O SMBP não é um diagnóstico no sentido tradicional da palavra, mas sim uma descrição de anomalias e discrepâncias observadas, com implicações relativas à causa. Não se devem fazer suposições acerca da psicopatologia parental quando se constata a ocorrência de uma fabricação, já que esta não é uma entidade diagnóstica com psicopatologia específica, igual em todos os casos.^{18,31}

Segundo alguns autores, estritamente falando, este termo deveria ser aplicado apenas aos casos raros de adultos com SM que, por diversas razões, manifestam a doença através dos seus filhos. A maioria dos adultos com SM apresenta-se a si e não os filhos

ao médico.¹⁸ Em 2008, Roesler e Jenny introduziram o termo “*Medical Child Abuse*” (MCA), que foi definido como uma forma de maus tratos infantis, aplicável especificamente a uma criança que recebe cuidados médicos desnecessários ou potencialmente lesivos devido à instigação por parte de um cuidador. O abuso consiste no tratamento médico a que a criança é submetida. Para o diagnóstico desta situação, não é necessário identificar as motivações do cuidador nem a verificar a cessação dos sintomas com a separação do cuidador. Existe, contudo, uma falta de consenso entre os prestadores de cuidados de saúde acerca do diagnóstico de MCA.³²⁻³⁶

Em 2013, a *American Academy of Pediatrics*, que antes se referia a esta entidade como “*child abuse in the medical setting*”, mudou a terminologia para “*caregiver fabricated illness in a child*”. Ambas as designações focam-se na exposição da criança ao risco e dano associados às lesões, em detrimento da motivação do agressor.^{32,33,37}

O SMBP corresponde a uma forma mais rara de abuso infantil, que frequentemente não é reconhecida e está subdiagnosticada.³⁸

Diagnóstico

Não existe muita informação que guie os profissionais de saúde na avaliação e na confirmação do diagnóstico destes doentes, assim como no tratamento da criança, agressor e restante família, após se ter estabelecido a presença de SMBP.³⁵

Nos casos de SMBP, uma história médica detalhada fornecida pelos pais, que na pediatria é a ferramenta diagnóstica mais valiosa, torna-se inválida.³⁹ Estar alerta para a possibilidade deste diagnóstico é o primeiro passo para um diagnóstico precoce^{7,40}, sendo também importantes a análise cuidadosa de toda a história médica passada e a dinâmica da relação cuidador-criança.⁷ O recurso a uma equipa multidisciplinar parece ser a melhor abordagem nestes casos³⁵, sendo os profissionais de saúde mental muito importantes na sua identificação e gestão.⁴¹

Vários autores defendem a utilização de videovigilância, essencial em muitos casos para estabelecer o diagnóstico.^{39,42} Embora este método não seja legal em todos os países¹⁶ e levante questões relativas à privacidade dos doentes e suas famílias³³, alguns autores consideram que isto pode ser resolvido com sinalização que declare o uso de câmaras de vigilância escondidas dentro do hospital.¹⁴ Caso o seu uso seja rotineiro, esta ferramenta não parece violar as questões de privacidade.¹⁴

Contudo, existem algumas desvantagens, nomeadamente o seu custo e a necessidade de monitorização em tempo real para interromper qualquer dano à criança, embora nem isto garanta totalmente que a criança não sofra abuso subsequente.³³

Alternativamente ao uso de videovigilância pode proceder-se à separação da criança do cuidador suspeito, observando depois a evolução da situação clínica.³³

Nos casos de sufocamento, é frequente a ausência de sinais físicos evidentes.⁴³ Todavia, foram identificados alguns achados que podem indicar esta situação, nomeadamente a presença de sangue no nariz ou na boca durante um *Apparent Life Threatening Event* ou de petéquias na face, conjuntivas ou na orofaringe.^{42,43}

Foram desenvolvidos métodos de identificação e classificação das perturbações da personalidade (PP), comuns entre os agressores. Mas, deve ter-se em conta que quanto mais intrusiva for a avaliação inicial destes indivíduos, mais esquiva pode ser a sua resposta. É necessária mais investigação para definir com maior precisão os tipos de PP que têm maior probabilidade de levar ao abuso das crianças.⁴²

Os médicos de família muitas vezes têm acesso à informação necessária para identificar os indivíduos com PP que potencialmente poderão cometer SMBP, principalmente porque alguns também apresentam comportamentos de procura de atenção acerca da sua própria saúde. No entanto, um estudo verificou que, por diversos motivos, estes profissionais nem sempre se mostram disponíveis para colaborar na abordagem ao SMBP ou na proteção da criança, o que pode refletir medo de repercussões legais ou de agressão por parte da família do doente.⁴²

Sinais de alarme e obstáculos ao diagnóstico

Existem vários sinais de alerta que devem levantar a suspeita de SMBP (ver tabela I). Por si só não fazem o diagnóstico, podendo alguns destes estar presentes noutros tipos de abuso^{24,36} ou em famílias com crianças genuinamente doentes.³³ Contudo, se várias características estiverem presentes em simultâneo, deve considerar-se esta hipótese diagnóstica.^{24,36}

A prevalência das doenças factícias não é conhecida⁸, estando este diagnóstico provavelmente subdocumentado.¹⁹ A fraude característica nestes casos^{8,36}, associada ao facto da maioria dos profissionais de saúde não o considerarem¹⁰ e à diversidade de apresentação clínica são fatores que dificultam o diagnóstico, que na maioria dos casos é feito vários meses depois da apresentação inicial⁴⁴ (em média, quinze meses depois⁴⁵).

As agressoras geralmente apresentam-se como mães carinhosas e preocupadas. Por este motivo, e devido à forma como estas são vistas pela sociedade, muitas vezes os profissionais de saúde mostram-se relutantes em suspeitar que elas estejam a causar doença nos seus filhos e em investigar a possibilidade de SMBP.^{11,12} Também o medo de não identificar uma doença orgânica real pode promover esta relutância. As práticas médicas atuais, com profissionais altamente especializados e protocolos direcionados para a investigação que ignoram os fatores psicossociais inerentes a cada doente, permitem que este tipo de abuso possa passar despercebido.^{41,42}

Outra barreira ao diagnóstico é a necessidade de rever todos os registos médicos prévios, muitas vezes provenientes de outros estabelecimentos de saúde.³ A falta de continuidade de cuidados característica destes casos pode dificultar a obtenção destes registos.⁴⁶

O facto de a vítima não ser capaz de reconhecer o abuso, ou por algum motivo ser incapaz de o denunciar, também dificulta o diagnóstico desta entidade.²⁴

A ausência de um método confirmatório apropriado faz com que muitos profissionais, não estando certos do diagnóstico, optem por não o notificar.⁴⁷ Contudo, salienta-se que este não é um diagnóstico de exclusão, devendo ser considerado na lista de diagnósticos diferenciais.³³

Principais Sintomas

O SMBP pode apresentar-se de inúmeras formas, já que quase qualquer quadro clínico pode ser fabricado ou induzido.¹⁸ As apresentações mais comuns incluem crises convulsivas, vômitos, diarreia, alergias alimentares, atraso no crescimento, hemorragia, lesões cutâneas, febre, episódios recorrentes de apneia em bebés, depressão do sistema nervoso central e paragem cardiorrespiratória.^{10,11,18,35,45,48} Podem ainda surgir fabricações de doenças complexas ou raras.¹⁸

Vítimas

A maioria dos casos ocorre em crianças muito jovens, geralmente até à idade pré-escolar.^{10,23,44,47} Crianças no primeiro ano de vida são particularmente vulneráveis, mas este tipo de abuso também pode acontecer em crianças mais velhas⁴⁹, estimando-se que cerca de 25% dos casos ocorra acima dos 6 anos.^{10,33}

A incidência de SMBP varia de acordo com os estudos, mas considera-se que seja 2-2,8/100 000 em crianças com menos de 1 ano e 0,4/100 000 abaixo dos 16 anos^{7,47}, não se tendo verificado nenhuma preferência de género estatisticamente significativa^{15,28,47}. Numa proporção significativa dos casos (30 a 55%) a vítima tem uma doença médica subjacente.⁴⁴

Verificou-se uma incidência aumentada de vitimização por SMBP ou outros tipos de abuso entre os irmãos de crianças vítimas de SMBP⁴⁹, estando esta situação relatada em até 40%^{23,47}. Nestas famílias não é incomum verificar-se a morte prévia de um irmão da vítima²⁴ (em 11 a 67% dos casos³⁹).

Existem ainda relatos desta situação em idosos vulneráveis ou indivíduos com défice cognitivo⁵⁰, que são igualmente dependentes.⁵¹ Tal como nos casos pediátricos, o agressor é um cuidador, embora estes constituam um grupo mais diverso.⁵⁰

Foram reportados dois casos de SMBP com vítimas de 21 e 23 anos, de inteligência presumivelmente normal, que negavam ser vítimas de abuso. Foram colocadas várias hipóteses, nomeadamente a participação voluntária da vítima, SM na doente, ou ainda SMBP em que a vítima era coagida a colaborar com o agressor. Esta última hipótese foi considerada mais provável, dada a dinâmica relacional destas díades. Foi ainda colocada a hipótese destas raparigas sofrerem de Síndrome de Estocolmo, um fenómeno que põe em causa a capacidade destas vítimas em agir no seu melhor interesse.⁵²

Mortalidade e Morbilidade

Eventualmente, a maioria das vítimas terá sinais ou sintomas iatrogénicos de doença.³³ Por definição todas as vítimas sofrem alguma morbilidade a curto prazo, relacionada com tratamentos ou procedimentos desnecessários.³³ Em muitos casos esta morbilidade não é severa, melhorando após o diagnóstico.⁴⁴ Contudo, estima-se que as sequelas a longo prazo estejam presentes em cerca de 8%.²³ Para além de sequelas físicas, esta entidade pode também ter um impacto psicológico marcado na vítima.³⁶

A mortalidade foi reportada entre 6^{7,40,51} e 16%⁴⁸, sendo ainda mais elevada em casos de sufocamento ou envenenamento (33%).⁷ Contudo deve ter-se em conta que muitos casos de SMBP não são diagnosticados, podendo estas taxas estar subestimadas.³⁹ Embora menos comum do que outras formas de abuso infantil, o SMBP é provavelmente a mais letal.^{9,15}

Espectro de Procura de Cuidados de Saúde

Verifica-se uma grande variabilidade nos comportamentos parentais relativos à procura de cuidados médicos para os filhos. Eminson e Postlethwaite sugeriram um modelo dimensional, que avalia a adequação do desejo parental de cuidados de saúde para os filhos e a capacidade dos progenitores distinguirem as necessidades das crianças das suas.¹⁸

Na região central do espectro de procura de cuidados de saúde encontra-se um intervalo normal de concordância quase completa entre o médico e o progenitor sobre a necessidade da consulta. Alguns progenitores podem exibir alguma ansiedade (e levar os filhos ao médico mais vezes do que as necessárias), enquanto outros podem ser um pouco mais despreocupados. Tudo isto se enquadra no intervalo normal.¹⁸

Fora do intervalo normal inserem-se os progenitores cujo nível de preocupação é muito diferente da do médico. Num dos extremos temos os que demonstram negligência clássica e, no outro, aqueles que induzem doença nos seus filhos para que estes sejam consultados. Entre este último extremo e os progenitores ansiosos dentro do intervalo normal temos os progenitores que exageram os sintomas dos filhos sem, contudo, os fabricarem.¹⁸

Relativamente à capacidade de distinção entre as necessidades próprias e as da criança, os progenitores podem ser divididos em três grupos: no primeiro grupo os progenitores são incapazes de distinguir as suas necessidades das dos filhos, pondo as suas em primeiro lugar (a negligência clássica e o SMBP típico); no segundo grupo os progenitores mostram inconsistência e variabilidade na distinção das necessidades das crianças das suas próprias (situam-se entre os extremos e o intervalo normal); no terceiro, as perceções acerca das necessidades das crianças são corretas e não são influenciadas pelas necessidades dos progenitores.¹⁸

Todavia, alguns autores consideram esta perspetiva demasiado simplista, argumentando que não existe uma escala verdadeiramente linear e que há outras dimensões a ter em conta, como a capacidade empática parental e as atitudes do agressor perante uma experiência de doença.⁵³

Categorias de SMBP/Tipos de Agressores

Libow e Schreier sugeriram um sistema de classificação tripartida dos casos de SMBP para diferenciar o verdadeiro comportamento *by proxy* de outras formas de fabricação de doença. Assim sendo, os casos podem enquadrar-se em três grandes grupos de acordo com o tipo de agressor, classificados pelos autores como “*help seekers*”, “*doctor addicts*” e “*active inducers*”, correspondendo os dois últimos a casos de SMBP.^{18,54}

Indução Ativa de Doença (“*Active Inducers*”)

Estes correspondem aos casos protótipo de SMBP, caracterizando-se pela indução ativa de sintomas graves pelo agressor e pela apresentação frequente das crianças aos cuidados de saúde.^{2,18} Geralmente as vítimas são crianças pequenas, demasiado novas para oferecer resistência ou denunciar o abuso, e existe muitas vezes uma falha grave ao nível da diferenciação entre agressor e criança.⁵⁴

A imagem mais típica deste tipo de agressores é uma mãe ansiosa e deprimida, com um grau extremo de negação, dissociação do afeto e projeção paranóide.^{18,54} Perante os profissionais de saúde, estas mães parecem ser muito amáveis e prestáveis.²

Dependência Médica (“*Doctor Addicts*”)

Alguns autores afirmam que este grupo pode ser mais frequente do que o dos “*active inducers*”.^{2,55} Define-se pela obsessão do cuidador em obter tratamento médico para doenças inexistentes¹⁸, verificando-se uma crença rígida na sua existência² apesar da realização de múltiplos exames diagnósticos que mostram o contrário.⁵⁵ Os esforços parentais são mais passivos², geralmente restritos ao uso de falsos relatos⁵⁴, e os sintomas menos extremos.²

Quando comparados aos casos de “*active inducers*”, os agressores neste grupo tendem a ter uma atitude mais desconfiada, paranóide e antagónica para com os profissionais de saúde^{2,18}, o que pode dever-se a uma maior defesa e medo de exposição.⁵⁴

As vítimas neste grupo são em geral mais velhas^{2,18,55}, com uma maior capacidade de resistência ou denúncia, o que pode motivar a escolha deste comportamento em detrimento da indução ativa.⁵⁴ Além disso, os limites mal definidos entre a mãe e o bebé, talvez necessários para os comportamentos mais severos, tornam-se mais claros com o crescimento da criança.⁵⁴

Apesar das diferenças, tal como nos restantes casos de SMBP, existe uma relação simbiótica entre a mãe e a criança e verifica-se uma vinculação disfuncional.⁵⁴

Os casos de “*doctor addiction*” podem escapar à deteção durante mais tempo do que os casos de indução ativa.⁵⁴ Embora as consequências para a vítima sejam em geral menos dramáticas do que nos casos protótipo, em ambos os grupos o desenvolvimento e funcionamento da vítima são muitas vezes afetados negativamente pelo comportamento parental^{54,55}, sendo frequente a resistência à intervenção psiquiátrica e a procura de outro médico ou hospital quando o agressor é confrontado com a suspeita de SMBP.⁵⁴

Procura de Ajuda (“Help Seekers”)

Os “help seekers” assemelham-se aos casos clássicos na sua apresentação, mas diferem em aspetos relevantes: as crianças são levadas menos vezes aos cuidados de saúde e as mães têm diferentes necessidades e motivações para o seu comportamento, estando mais abertas a intervenções psicoterapêuticas.¹⁸

Nestes casos é possível identificar a motivação do agressor, que frequentemente envolve uma necessidade realista de intervenção externa. A procura de atenção muitas vezes permite-lhe comunicar os seus problemas, como ansiedade, exaustão ou depressão.⁵⁴ Amiúde, estes casos associam-se a situações de violência doméstica, gravidez indesejada ou famílias monoparentais.¹⁸

Perante a oferta de psicoterapia ou a intervenção dos serviços de proteção infantil, estas mães geralmente reagem com alívio e cooperação, ao contrário dos casos protótipo de SMBP. Depois de obter a ajuda desejada, já não precisam de usar a criança para comunicar o seu sofrimento. Isto indica uma dinâmica muito diferente daquela subjacente ao verdadeiro comportamento *by proxy*.⁵⁴

Métodos de SMBP

A SMBP pode ser feita recorrendo a vários métodos, divididos em duas categorias: simulação e produção. A simulação, forma mais leve de SMBP, corresponde à apresentação verbal pelo agressor duma história de doença falsa ou exagerada. Na produção, o agressor, através de manipulação externa ou interna, produz ativamente sintomas de doença na vítima, sendo os métodos mais comuns tentativas de sufocamento e envenenamentos.²⁴ Este método normalmente tem consequências mais

significativas que o anterior, embora a simulação possa expor a vítima a iatrogenia significativa.²¹

As opiniões divergem acerca de qual é a categoria mais frequente^{9,24}, sendo comum o uso concomitante de ambas as estratégias.⁴⁹

Em vítimas adultas, verificou-se que ocorria maioritariamente produção ativa de sintomas, sendo o método mais usado o envenenamento, à semelhança dos casos pediátricos.⁵⁰

Existe uma variante de SMBP em que a criança é sujeita a invalidez forçada, mas o contacto médico é evitado, presumivelmente para que o abuso não seja detetado. Isto permite ao agressor mobilizar a simpatia e preocupação de familiares e amigos, bem como manter a criança dependente de si.⁴⁹

Caraterísticas sociodemográficas

Caraterização do Agressor

Pouco se sabe sobre os agressores, pois a literatura foca-se mais nas vítimas.⁹ A maioria são mulheres jovens e casadas (43 a 75,8%)^{9,46}, geralmente a mãe da criança vitimizada (75 a 98%)^{9,15,28}. Outros agressores identificados incluem o pai da vítima (em até 10% dos casos²⁸) ou outros adultos, como o avô, o namorado⁴⁷ ou a avó.^{7,44,54} Foi relatado um caso em que o agressor, pai da vítima, se fez passar por médico, assumindo esse papel e não o de um “progenitor devoto”.⁵⁶ Alguns casos relatados envolveram abuso por ambos os progenitores, que co-conspiraram para lesar a criança.²⁸

O abuso cometido por agressores do sexo masculino tem maior probabilidade de levar à morte da vítima.²⁸

Embora alguns investigadores relatem que a maioria dos agressores é de descendência branca, instruída e de classe social alta, outros negam diferenças étnicas ou sociais.²⁸

A maioria dos estudos relata uma discrepância entre o nível social ou intelectual dos progenitores, com a mãe da criança sendo mais inteligente ou com um estatuto social mais elevado que o pai. Contudo, isto nem sempre se verifica.²⁸

Os casos de SMBP com vítimas adultas assemelham-se aos pediátricos na medida em que o agressor é um cuidador. Contudo, os agressores constituem um grupo mais heterogéneo, incluindo mães, esposas, filhos, netos, maridos, companheiros, namorados e, num caso específico, um companheiro de cela da prisão.⁵⁰

Existem ainda relatos de SMBP exercido por profissionais de saúde, sendo as vítimas doentes aos seus cuidados. A maior complexidade do sistema de relações dificulta a comparação com os casos pediátricos. Contudo, é possível observar algumas semelhanças: a necessidade de integração, de atenção ou reconhecimento, bem como o desejo de vingança, sucesso e controlo. Algumas características do SM foram associadas a polícias e bombeiros que fabricam incidentes para depois assumirem o papel de vítima ou de herói. A fabricação ou indução de doença num doente permitiria a um profissional de saúde assumir também um papel essencial no tratamento.⁵⁷

Formação Profissional

Estes agressores muitas vezes têm história de formação profissional ou exercem profissões na área da saúde.^{10,18,58} Por este motivo, muitos têm conhecimentos médicos que utilizam na fabricação de doença.²⁸ A prevalência reportada deste achado varia de 14 a 45,6%.^{9,37}

Um estudo revelou que várias mães trabalhavam em creches, uma associação que não tinha sido reportada previamente.³⁹ Noutro estudo analisado, é referida a existência de altas incidências de desemprego ou pensão por invalidez de longo prazo.⁴⁶

Parceiros/Relação conjugal

Os pais das crianças, não agressores, tendem a ter papéis passivos na dinâmica familiar.¹¹ São tipicamente distantes (física e/ou emocionalmente), com um papel diminuto nos cuidados e educação da descendência, deixando as dimensões de cuidado e suporte emocional e afetivo para a mãe.^{10,11,18,52} Muitas vezes são eles quem suporta financeiramente o agregado familiar, passando muito tempo a trabalhar.^{5,11,39} As mulheres podem, por este motivo, sentir solidão e falta de apoio.^{5,42}

Nestes casos, os pais raramente acompanham os filhos às consultas médicas, aparentando desconhecer o abuso e os detalhes da “doença” dos filhos. Ao pagarem as despesas médicas e não questionarem sobre os detalhes médicos, acreditando cegamente nos relatos fornecidos pelas esposas, podem tornar-se facilitadores do abuso.¹¹

Muitas vezes é descrita a presença de conflitos conjugais.^{11,57} O facto do pai passar mais tempo com a família durante a doença da criança pode motivar o abuso.³⁹

Algumas mulheres alegam ser vítimas de abuso por parte dos seus companheiros.⁴²

Infância/Background do Agressor

De acordo com alguns dos artigos revistos, muitos dos agressores sofreram diversos tipos de abuso na infância ou testemunharam-no nos seus lares^{5,19,23}, incluindo SMBP.¹⁰ O abuso sexual é um precursor comum para muitos distúrbios psicológicos, incluindo transtornos factícios e de somatização⁴¹, estando a sua incidência, neste grupo de agressores, reportada entre 21,7 e 79% dos casos.⁹

O abuso nos relacionamentos (amorosos), reportado em 7,2% dos casos, pode refletir uma re-vitimização na idade adulta.⁹ É de notar que, quando estes indivíduos relatam terem sido vítimas de experiências abusivas, pode não haver forma de averiguar a veracidade desses relatos ou a sua fabricação.³⁹

Em muitos casos é relatada a morte ou afastamento de um familiar próximo precocemente na vida dos agressores, sendo frequente terem, durante a infância, sido alocados a famílias de acolhimento.^{42,46,56}

A doença psiquiátrica ou abuso de álcool ou drogas por parte dos progenitores destes agressores pode também ter influência em alguns casos.^{5,26,55}

Em alguns indivíduos as experiências precoces negativas parecem ter tido uma influência direta no seu comportamento patológico na vida adulta. Desde tenra idade algumas destas mulheres começaram a fingir sintomas para evitar espancamentos ou o contacto com cuidadores abusivos, ou para poderem ir ao hospital, onde se sentiam mais acarinhadas e cuidadas.⁴⁶

Uma vinculação insegura e taxas elevadas de trauma, abuso infantil e perda também foram identificadas em muitas mulheres.^{46,59}

Contudo, as implicações destes antecedentes são incertas, já que apenas uma minoria das crianças vítimas de abuso ou negligência se torna violenta na vida adulta. As mulheres que exercem SMBP podem ter estado sujeitas a fatores de risco adicionais, como abuso especialmente grave, o desenvolvimento de perturbações da personalidade ou abuso de substâncias.⁵⁹

Experiências na adolescência e vida adulta

Na adolescência e vida adulta dos agressores existem com alguma frequência histórias de relacionamentos interpessoais tumultuosos^{42,60}, *overdoses*, abuso de drogas, automutilação, tentativas de suicídio, anorexia nervosa e problemas com as autoridades.^{6,42,46,60} Também podem estar presentes alegações de abuso físico ou sexual ou comportamentos de falsificação de doença.⁴² Por vezes estas mulheres têm relações

próximas com os meios de comunicação social e não é raro o relato de chamadas telefónicas falsas.⁴²

Quanto à atividade laboral, esta é muitas vezes caracterizada por mudanças frequentes de emprego e períodos de desemprego.^{42,60}

Muitas destas mulheres aparentam estar insatisfeitas com a sua vida, sendo negligenciadas pelos maridos, e tornam-se obcecadas com o papel de cuidador. Existe por vezes história de gravidezes indesejadas^{5,56}, casamentos forçados ou apressados ou maridos infiéis.⁵⁶

Também a presença de doença significativa na família, no presente ou no passado⁵⁶, a existência de outros familiares de quem o agressor foi cuidador, ou uma criança que nos primeiros meses de vida exigiu cuidados especiais, pode potenciar este tipo de comportamentos.²⁶

As mães agressoras recorrem frequentemente aos serviços ginecológicos e obstétricos. Num artigo de revisão de 2017, em cerca de 25% dos casos havia história de complicações obstétricas, que podem ter tido causas factícias. A relação entre a mãe e a criança também pode ter sido perturbada por eventos obstétricos genuínos, incluindo morte perinatal, sequelas do parto ou outras complicações que, na perspetiva da mãe, produziram uma criança “danificada”.⁹

Noutro estudo, quase todos os agressores apresentavam altas taxas de procura de cuidados de saúde, havendo poucas evidências de doença física demonstrável. Verificou-se uma alta taxa de uso de medicamentos, embora a toma de antidepressivos fosse rara.⁴⁶

Psicopatologia geral

Os cuidadores que fabricam doença numa criança não apresentam um perfil consistente de comportamento, de personalidade ou diagnóstico psiquiátrico.^{29,33,36} Por este motivo, Schreier considera que estes não permitem confirmar ou excluir definitivamente o diagnóstico de SMBP.²⁸

É possível que, no futuro, se conclua que a SMBP corresponde a algum tipo de psicopatologia em particular. Contudo, atualmente não existem provas de que este seja o caso, pelo que cada agressor deve ser avaliado individualmente, evitando fazer suposições antes de se verificar a presença real de um transtorno psiquiátrico.⁵⁸

Há autores que defendem que os agressores não têm uma síndrome propriamente dita, mas sim vários fatores psicológicos, psiquiátricos e ambientais que desencadeiam este tipo de abuso. Estes fatores podem incluir perturbações de personalidade, patologia depressiva ou perturbações familiares ou sociais severas, sendo alguns mais passíveis de avaliação e tratamento do que outros.^{4,18}

Bools encontrou níveis significativos de doença ou história de doença psiquiátrica na sua amostra⁵⁹, afirmando, contudo, que muitas vezes a sua presença pode ser difícil de detetar pelo observador.⁴⁶ Efetivamente, em muitos casos, os agressores podem parecer ou estar psicologicamente dentro do padrão normal.^{36,38,42,45,52}

Foi reportado que, em alguns casos, os agressores manifestavam outras formas de lidar com o seu sofrimento antes de recorrerem ao SMBP, nomeadamente o abuso de drogas, sintomatologia depressiva, ideação suicida ou sintomas psicossomáticos.¹⁹

Psicopatologia específica

Transtorno Factício e Perturbação de Somatização

Existe algum debate sobre a presença de SM na vida do agressor. Alguns autores consideram que esta existe apenas numa minoria^{28,54}, enquanto outros dizem que é frequente a história de SM, outra forma de TF ou somatização.^{45,46,51}

A perturbação de somatização (PS) corresponde a uma história de pelo menos dois anos de queixas de sintomas físicos múltiplos e variáveis, que não se conseguem explicar por nenhuma doença física detetável.⁴⁶ Entre os agressores de SMBP, está reportado em 52 a 72%.⁹ O TF está reportado nestes agressores entre 29,3% e 64%.⁹ A coocorrência de TF e PS foi reportada em 39%.⁴⁶

Nos agressores com TF concomitante, foi relatado que os períodos de fabricação e indução mais ativos são sequenciais e alternam entre o agressor e a criança⁹, podendo ainda ocorrer simultaneamente.⁶⁰ A maioria dos agressores que também apresentam TF apresenta várias dificuldades psicológicas adicionais.¹⁸

Filhos de mães com PS têm mais problemas de saúde e vão mais frequentemente ao médico do que filhos de mães saudáveis ou organicamente doentes. Atualmente não se sabe quais as características das mães com PS ou TF que podem determinar o envolvimento das suas crianças em comportamentos anormais de procura de cuidados.²⁹

Nos raros casos reportados em que o agressor é o pai, é provável que este tenha ou um transtorno factício ou perturbação de somatização clinicamente significativo.²⁹

Mentira Compulsiva

A mentira compulsiva é um achado comum entre os agressores de SMBP.^{46,51} Corresponde a uma falsificação completamente desproporcional a qualquer objetivo discernível, que pode ser abrangente e muito complicada, podendo-se manifestar durante anos ou mesmo durante toda a vida. Muitas vezes a mentira não se limita à doença, estendendo-se a outros aspetos da vida do indivíduo.⁴⁶ Foi reportada a sua presença entre 9,2%⁹ e 61%⁴⁶ dos casos.

Na maioria dos indivíduos, esta tendência estabelece-se precocemente, durante a infância ou adolescência, e persiste na idade adulta. Em alguns casos observaram-se ligações importantes entre experiências abusivas precoces, o desenvolvimento de mentira compulsiva e a eventual fabricação da doença na criança vítima de abuso.⁴⁶

Quando confrontados com a mentira, os indivíduos muitas vezes negam o seu papel na fraude.⁴⁶ Foram ainda reportadas taxas aumentadas de pseudociese entre os agressores do sexo feminino^{29,46}, que corresponde a um quadro clínico em que uma mulher apresenta os sintomas de uma gravidez não estando grávida.⁴⁶

Perturbações da Personalidade

Apesar de terem sido feitos poucos estudos neste domínio²⁹, verificou-se uma incidência aumentada de perturbações da personalidade (PP) entre os agressores.^{15,31,42,45} Esta incidência varia, consoante os estudos, entre 8,6 e 89%, sendo este o diagnóstico psiquiátrico mais reportado.^{9,29,46} Contudo, isto não significa necessariamente que o abuso seja consequência dessa perturbação.⁵⁸

As PP mais comuns nestes indivíduos incluem as categorias antissocial, histriónica, evitante, narcísica e *borderline*^{28,29,46,51}, sendo esta última a mais frequente.⁹ Alguns agressores podem ter mais do que um transtorno de personalidade.²⁹ Malatack reportou que o SMBP não se relaciona de forma tão próxima com a perturbação da personalidade *borderline* como o SM. Contudo, as PP nem sempre são reconhecidas e apenas cerca de 20% dos indivíduos têm um diagnóstico e recebem tratamento.²⁸

O abuso infantil relaciona-se com o desenvolvimento futuro de PP nas vítimas.⁵⁹ Muitos agressores foram, na infância, vítimas de abuso, que perpetuam para gerações futuras.⁴²

Perturbações do Humor

Alguns dos agressores sentem-se sós, estão isolados e, embora nem sempre tenham patologia psiquiátrica, muitas vezes sofrem de depressão e podem apresentar ideação suicida.^{42,57}

A incidência de perturbações do humor (presente ou passada) nestes agressores está reportada entre 5,3 e 50%.⁹

No período pós-parto as mulheres relatam várias fantasias, obsessões e ansiedades acerca dos seus bebés, incluindo preocupações sobre a sua capacidade de cuidar da criança e medo de lhes poderem causar dano.^{28,31} Parece existir uma associação entre a depressão pós-parto e a morte súbita infantil, apesar desta relação ainda não ser clara e existirem muitos fatores confundidores.³¹

Outros Fatores

São frequentes os relatos de automutilação, que comumente começam na adolescência e se podem prolongar na vida adulta.⁴⁶ Nalguns estudos, a prevalência destes comportamentos em pessoas com SMBP excedia os 50%.^{46,49} Também foram observados outros comportamentos autodestrutivos, como perturbações alimentares ou abuso de álcool ou drogas⁶¹, este último observado em 14,2% a 21%⁴⁹ dos agressores.

Alguns agressores têm patologia psicótica, embora este seja um achado raro.^{28,31,61}

Pode ser evidente uma falta de estratégias de resolução de conflitos⁵ ou ainda labilidade emocional.⁵⁵ É também frequente a existência de sentimentos reprimidos de raiva.⁶²

Existem relatos da presença de perturbações do sono, patologia ansiosa³⁸, hipocondria²⁹ e ideação paranóide.⁵⁵

Comportamento do agressor

É caraterístico o uso caótico dos serviços de saúde, com visitas frequentes a diferentes serviços de urgência, frequentes mudanças de Médico de Cuidados Primários e consequente falta de continuidade de cuidados.^{46,55}

As mães agressoras aparentam ser cuidadoras carinhosas, devotas e preocupadas, apesar das relações perturbadas que têm com os seus filhos.^{2,11,37,59} Muitas não abandonam o quarto da criança durante muito tempo e insistem em prestar-lhe todos os cuidados necessários, sendo-lhes frequentemente permitida a administração de

fármacos, devido ao conhecimento médico que possuem.^{16,23,52} Os enfermeiros devem estar atentos perante cuidadores que os excluem propositadamente dos cuidados à criança.³⁷ Estas mães podem ter comportamentos demasiado protetores ou controladores, parecendo ver a criança como extremamente vulnerável.²

Rosenberg afirma que muitas destas mães são afáveis e socialmente competentes⁴⁹, executando o abuso sem o conhecimento de terceiros.¹¹ Para além de enganarem os médicos, algumas conseguem também esconder dos cônjuges as idas excessivas ao médico e os comportamentos abusivos, mantendo a aparência de uma relação afetuosa com a criança.^{5,49} Por vezes recorrem à intimidação para evitar que as crianças, familiares ou profissionais denunciem o abuso⁴⁹, e algumas treinam as crianças para que estas finjam os sintomas.³⁹

Muitas vezes estabelecem relações anormalmente próximas com os profissionais de saúde^{18,28} e podem estar mais preocupadas com a forma como os outros as veem do que com a saúde das crianças.¹⁸ Parecem estar confortáveis no ambiente hospitalar^{37,39,63}, tirando prazer da atenção e admiração que obtêm pela sua “maternalidade” aparentemente exemplar.¹¹ Por vezes, estas mães só dão atenção aos filhos quando está alguém a presenciar o acontecimento, ignorando-os quando isso não acontece.^{38,39}

Frequentemente, o seu comportamento e expressão de emoções não são adequados ao estado clínico da criança, mostrando-se despreocupadas ou indiferentes perante o seu sofrimento ou quando o médico é incapaz de fazer um diagnóstico.^{5,38,64} Algumas mostraram-se entusiasmadas perante situações em que a vida da criança está em risco.⁵⁷

Já os agressores do sexo masculino normalmente não criam laços de amizade com os profissionais de saúde e são muitas vezes exigentes, autoritários, arrogantes e litigiosos^{28,49}, vangloriando-se dos seus feitos aos profissionais de saúde.²⁸

No entanto, agressores de ambos os sexos tendem a ver as suas vítimas como objetos e não como indivíduos com direitos e sentimentos.^{11,28} À semelhança de doentes com SM, os agressores insistem muitas vezes na realização de mais exames diagnósticos, procedimentos, cirurgias e consultas.^{63,65} Quando os exames diagnósticos não apresentam alterações ou contradizem a sua opinião, eles desvalorizam-nos ou interpretam-nos à sua maneira.² Podem ainda confrontar os profissionais de saúde baseando-se nos seus conhecimentos médicos, frequentemente extensos.⁶³

Várias fontes referem que 70% dos agressores continua a induzir sintomas durante a hospitalização da criança^{28,33,37} e existem relatos que afirmam que este número pode

chegar aos 95%.⁶¹ Quando o agressor é informado de uma alta iminente, após vários dias de hospitalização sem sintomas, não é incomum que ocorram novos eventos.³⁵

Tal como os doentes com SM, os agressores podem tentar criar conflitos entre os profissionais de saúde e tornar-se hostis quando contrariados ou postos em causa.^{55,63,65} Quando confrontados com a suspeita de SMBP, reagem de forma enraivecida e abandonam o hospital, indo procurar cuidados médicos noutra instituição^{23,37}, ou alteram o método de fabricação.^{21,37} Entre 15 a 45% dos agressores admitem causar ou fabricar a doença da criança.^{33,39} A maioria dos agressores tende a recusar o tratamento psiquiátrico que lhe é proposto.⁶³

Dinâmica mãe-criança

A compreensão dos diferentes tipos de comportamento descritos como SMBP tem sido limitada pelo secretismo destes atos abusivos. A videovigilância oculta providencia uma oportunidade única para observar o comportamento materno e a interação mãe-criança, podendo fornecer pistas sobre a etiologia e ter implicações importantes para o tratamento.⁵⁹

Um estudo avaliou, recorrendo a este método, o comportamento materno de quinze mulheres que tentaram sufocar os seus filhos. Para avaliar a dinâmica relacional foi usado o *score “parent child game”*, que avalia as interações verbais e não-verbais do progenitor com a criança.⁵⁹

Os resultados obtidos foram muito diversos, sugerindo que estes agressores não constituem um grupo homogéneo. Parecem existir três grupos principais, um com valores próximos do normal, outro com valores semelhantes ao do “setting” das clínicas de orientação infantil, em que a mãe se mostrava hostil para com a criança, e outro em que a interação era quase nula (ou mesmo nula). Este último grupo é muito atípico, parecendo haver um vazio generalizado na qualidade da relação. As mães estavam frequentemente caladas durante o período avaliado, mesmo perante tentativas da criança em captar a sua atenção. Isto pode dever-se a patologia materna depressiva não detetada.⁵⁹

As agressões foram descritas sistematicamente num questionário semiestruturado, avaliando o período antes, durante e imediatamente após o sufocamento.⁵⁹ Em alguns casos, este evento parecia acontecer sem pródromo aparente. Noutros, a agressão era o culminar de um período de comportamento hostil, que incluía pontapés, bofetadas ou abuso verbal. Na maioria dos casos, o sufocamento parecia deliberado e planeado^{42,59},

sendo frequente a mãe verificar a porta e cessar a agressão quando ouvia passos. Algumas mães pareciam calmas durante a agressão; outras pareciam agitadas.⁵⁹

A equipa de enfermagem atuava após o sufocamento ser observado em vídeo, perguntando à mãe o que tinha acontecido. Nenhuma admitiu ter sufocado a criança, com algumas a continuar a negar a agressão até verem as provas em vídeo. Algumas davam explicações parciais ou enganadoras, ou abraçavam e acalmavam as crianças perturbadas em frente aos profissionais de saúde.⁵⁹

O tamanho e especificidade da amostra, bem como a ausência de um grupo de comparação, dificultam a generalização para outros tipos de abuso ameaçadores da vida ou outras variantes de SMBP.⁵⁹

Este estudo demonstra que o comportamento de sufocamento representa um evento final comum para diferentes tipos de parentalidade anormal.⁵⁹ Estas agressões não parecem ser desencadeadas por qualquer ação da criança.^{42,59}

Vários outros estudos referem a presença de relações disfuncionais entre a mãe e a criança^{42,66}, tendo sido sugerido que a fabricação ou indução de doença possa representar uma vinculação anormal entre elas.²⁹

Verificou-se uma sobre-representação de vinculação insegura na infância de progenitores que maltratam os seus filhos, incluindo aqueles que recorrem a SMBP. Parece haver uma associação importante entre formas anormais de vinculação, adversidade na infância, somatização na vida adulta e, em algumas mulheres, transmissão de comportamento disfuncional de doença para a descendência.²⁹

Motivações

As motivações subjacentes à indução ou fabricação de doença em casos de SMBP são complexas e mal compreendidas e os estudos de psicopatologia e dinâmica familiar são raros.³⁹ As opiniões divergem quando se coloca a questão se os motivos do agressor podem ou não ser tidos em conta para o diagnóstico de SMBP ou MCA.^{10,36,59} Contudo, é importante considerá-los quando se planeia o tratamento, as intervenções necessárias e o follow-up.^{10,28,36,59}

As intenções dos agressores não são uniformes e podem ser múltiplas²⁸, não sendo, muitas vezes, possível inferi-las.⁵⁸

A procura de atenção e simpatia é o motivo mais citado.¹⁰ Muitas vezes estes cuidadores têm uma necessidade psicológica de manter o papel de doente.² Ao descrever a doença

da criança, recebem muita atenção e respeito por parte dos profissionais de saúde e de terceiros.^{10,11,19} Quando o agressor é o pai, este pode ter como objetivo assumir o papel de uma figura de autoridade poderosa.⁵⁶

Por vezes, estes agressores procuram uma relação de controlo e/ou dependência com os profissionais de saúde.¹⁰ Foi sugerido que a relação da mãe agressora com o médico possa ser usada para substituir um parceiro ausente¹⁰, providenciando-lhe a atenção e suporte por que ela anseia.^{23,48} A criança é usada como pretexto para o estabelecimento desta relação.³⁸ Segundo alguns autores este relacionamento é também usado, por vezes, para tentar superar perdas traumáticas precoces⁵ ou para recriar a relação com as suas próprias figuras parentais²⁶, tentando compensar o abuso, abandono ou negligência que em muitos casos pautaram a sua infância.^{19,37}

Tendo estado expostos durante a infância a este tipo de abuso ou a comportamentos de doença anormais por parte dos seus progenitores, estes agressores podem adotá-los para satisfazer as suas necessidades psicológicas.^{10,49,59} Existem dados que corroboram a possibilidade de transmissão intergeracional de comportamentos de doença anormais.^{26,33} Contudo, os mecanismos através dos quais estes fatores se traduzem em comportamentos abusivos na geração seguinte permanecem pouco compreendidos.⁴²

Também a exposição aos benefícios do papel de doente pode levar à adoção deste comportamento. Durante a infância o fingimento de sintomas para obter a atenção do progenitor, quando bem-sucedido, pode levar ao seu reforço positivo. Apesar disto, a maioria das crianças não desenvolve TF franco na vida adulta.⁴⁹ Também uma experiência positiva com os cuidados de saúde devido a uma doença real pode despoletar este tipo de comportamento, já que a atenção recebida pode tornar-se viciante, especialmente em indivíduos vulneráveis ou sem relacionamentos interpessoais positivos.^{49,57}

A presença de uma doença no início da vida da criança determina precocemente os papéis de criança-doente e mãe-cuidadora, condicionando a relação futura entre eles.²⁶ O papel habitual das mães enquanto cuidadoras primárias das crianças pequenas aumenta a sua exposição aos cuidados médicos, sendo elas mais frequentemente as responsáveis por levar a criança ao médico e ficar com ela no hospital.⁴⁹

Os conflitos conjugais também podem estar na génese do SMBP. Neste caso, a doença da criança é usada para desviar a atenção desses conflitos, unindo o casal no seu cuidado.^{2,19,57} O pai tende a ser ausente ou emocionalmente distante³⁸ e a mãe pode usar este comportamento para tentar trazê-lo de volta para a vida familiar.^{11,28,38,39} Noutros

casos, o objetivo pode ser o oposto, ou seja, evitar o cônjuge ao acompanhar a criança no internamento.⁵⁸

Estes progenitores podem ainda querer desculpabilizar-se das dificuldades comportamentais da criança³³ ou desejar manter com esta uma relação de simbiose e evitar a sua independência.^{19,33,57} O desejo de se sentir em controlo pode ser uma motivação quando o agressor sente falta de controlo noutros aspetos da sua vida¹¹, permitindo-lhe libertar-se da angústia que sente.⁴⁹

Várias mães entrevistadas por Meadow referiram, como motivo para o abuso, sentimentos de ódio, embora não constantes, para com os seus filhos. Este ódio era motivado por a mãe se sentir de alguma forma agredida pela criança: por esta parecer feliz e saudável quando a mãe se sentia infeliz ou tinha tido uma infância infeliz; por a criança ser parecida ou se comportar como o pai, ou ainda por impor limitações na vida social ou profissional da mãe.^{49,57,58}

Outro fator motivacional pode ser o deleite perante situações de emergência médica⁴⁹ ou o prazer de enganar o sistema médico.⁵⁷

O cuidador pode ainda acreditar que o seu filho está, de facto, doente.⁵ Perante uma ansiedade extrema, pode exagerar sinais e sintomas para excluir ou identificar alguma doença tratável.³³

Nalguns casos, para além de motivações internas, podem também estar presentes motivações externas.^{50,62}

Teorias Explicativas

As explicações psicodinâmicas para a SMBP, embora defendidas por alguns autores, têm um baixo valor preditivo, não estando diretamente relacionadas com o comportamento abusivo em si. Elas incluem a teoria de que os agressores cometem o abuso na tentativa de castigar substitutos parentais e de se vingarem do abuso que sofreram na infância, ou a de que a vítima é um objeto relacional fantasiado.⁴⁹

Schreier define o SMBP como “uma necessidade perversa de estar numa relação simultaneamente dependente e hostil, controladora, com um terapeuta ou profissional de saúde”.²⁶ Esta relação satisfaz a necessidade de segurança, validação e reconhecimento da mãe por parte de um substituto parental – o médico – que o agressor também quer punir pela negligência que sofreu enquanto criança.^{26,57} O SMBP é visto, por este e outros autores, como uma “patologia da maternidade - *mothering*”, na qual o bebé ou

criança é reduzido a um objeto despersonalizado e fantasiado, através do qual a mãe exige atenção médica, assumindo os ganhos secundários do papel de doente: atenção, cuidados e carinho.¹² Foi sugerido que o SMBP representa mais do que uma díade doente e perturbada, envolvendo também as relações entre o agressor e os profissionais de saúde.¹² Ao realizar procedimentos diagnósticos muitas vezes dolorosos para tentar chegar a um diagnóstico, o médico torna-se involuntariamente, pela iatrogenia, “cúmplice” da mãe no abuso.⁴⁸

Outros autores sugeriram um modelo explicativo que propõe três fatores que contribuem para o início e continuação do SMBP. O fator inicial é a motivação experienciada pelo agressor, que pretende libertar-se de afetos negativos como raiva, ansiedade, culpa, inveja, solidão ou sentimento de inadequação. Estes sentimentos podem ser amplificados ou fundir-se com outros sentimentos fortes, positivos ou negativos, experienciados esporadicamente pelas mães numa relação mãe-criança normal, podendo distorcer a percepção e julgamento do agressor. O segundo fator necessário para o abuso é a superação das inibições internas, que normalmente evitam este tipo de comportamento, mas que nos casos de SMBP se encontram diminuídas ou mesmo ausentes. A falta de empatia, ou de uma adequada vinculação por parte do agressor, ou a existência de mecanismos que se sobrepõem a estes sentimentos fazem com que o agressor consiga despersonalizar a criança, possibilitando assim o abuso. O terceiro fator referido neste modelo explicativo é a superação de inibições externas, característica da SMBP. Recorrendo a mentiras, o agressor manipula ou neutraliza pessoas que possam agir como inibidores externos, como o cônjuge ou o pediatra. O isolamento social em que muitos destes agressores se encontram também pode contribuir para a ausência destas inibições.⁴⁹

Ao cometer este tipo de abuso, o agressor liberta-se de emoções desagradáveis e obtém um sentimento de controlo renovado. Estes três fatores reforçam-se mutuamente, criando o que Hull chama de “força do hábito”: o reforço positivo repetido de um comportamento aumenta a sua probabilidade de recorrência. Foi sugerido que o comportamento SMBP é reforçado cada vez que o agressor experiencia a motivação para agir, supera as inibições internas e externas, obtém a libertação emocional desejada e controla com sucesso as respostas das outras pessoas.⁴⁹

O SMBP também pode ser interpretado à luz do modelo do próprio em relação (“*self-in-relation*”). Este modelo começa com a premissa de que o desenvolvimento do ser

humano ocorre num contexto relacional e de cuidado dos outros, sendo este um processo de crescimento positivo. Pode estar implícita a ideia de que há substituição do autocuidado pelo cuidado aos outros, podendo resultar num sentimento de privação e ressentimento, que pode ser focado na criança sob a forma de SMBP. Uma vez que a manifestação de raiva pelas mulheres não é culturalmente aceite, a criança pode tornar-se um instrumento para libertação destes sentimentos, satisfazendo indiretamente a sua necessidade de ser cuidada, obtendo ajuda por parte dos profissionais de saúde. O SMBP pode ser entendido como uma fixação da mãe no processo de desenvolvimento psicológico, na tentativa de descobrir o seu sentido de *self* exclusivamente através da experiência de cuidar (da criança), ao ponto desta experiência se tornar uma forma patológica de se relacionar, com exclusão de todos os outros relacionamentos.²⁶

Esta teoria não aborda as mudanças no ciclo de vida das mulheres nem as múltiplas realidades por elas encontradas, como depressão, ansiedade e perda, que podem influenciar os seus papéis de cuidadoras e relação empática.²⁶

O “self maternal” (*mothering self*) pode corresponder a uma tentativa de reparar experiências infantis com a sua própria mãe e os cuidados prestados à criança podem ter como função compensar outras perdas ou proteger contra realidades dolorosas, como uma depressão subjacente. Segundo Kaplan este modelo sugere que as mulheres mantêm o seu papel de cuidadoras como um mecanismo adaptativo para evitar confrontar o seu próprio sofrimento psíquico.²⁶

O SMBP pode permitir à mãe superar experiências precoces de abuso, dando-lhe acesso a um sistema que também irá cuidar dela, sem ter de se confrontar ativamente com o abuso que sofreu na infância. De certa forma, este comportamento pode ser uma forma de “autoterapia”.²⁶

Os cuidados providenciados aos seus filhos podem também ser um processo competitivo ou de retaliação contra a sua própria mãe, real ou fantasiada, e criam o potencial para a projeção dos conflitos maternos na criança.²⁶

A doença da criança ajuda a manter uma determinada dinâmica familiar, condicionando o estabelecimento de papéis e de dinâmicas relacionais. O processo terapêutico é recebido com resistência, uma vez que a recuperação da criança implica uma alteração da sua relação com a mãe, que vê o seu papel de cuidadora de uma criança doente e a sua identidade enquanto mãe comprometidos.^{18,26}

Diagnóstico diferencial

Os diagnósticos diferenciais de SMBP incluem doença orgânica⁸, envenenamento acidental²⁴, TF produzido pelo doente⁶⁷, somatização do doente⁶⁷, *malingering by proxy*⁶⁸ e perturbação delirante do doente ou do seu cuidador⁶⁵.

Doença Orgânica

No diagnóstico diferencial de SMBP deve ser considerada a possibilidade de existir uma doença orgânica não associada à falsificação intencional de sintomas. Esta possibilidade deve ser avaliada cuidadosamente, mesmo na presença de um diagnóstico de transtorno factício, já que este não a exclui.⁸

Falsificação de Doença por crianças e adolescentes

Outra possibilidade a ter em conta é a falsificação de doença levada a cabo pela criança ou adolescente doente.^{41,65,69} Apesar de o TF ter muitas vezes início numa idade precoce, não existem investigações sistemáticas sobre este problema na população pediátrica.⁶⁷

O facto de os pais controlarem o acesso dos filhos aos cuidados médicos dificulta que o médico determine quem é que está à procura do papel de doente da criança, ou quanta atenção médica a criança está à procura independentemente do progenitor. A presença do progenitor também pode dificultar a avaliação das intenções da criança, bem como o ganho secundário inerente a qualquer doença, genuína ou falsificada.⁶⁷

Uma melhor compreensão e identificação destas crianças provavelmente ajudará a prevenir o desenvolvimento de TF na vida adulta, focando a atenção psicoterapêutica nas necessidades inconscientes que estão a ser expressas através da procura de atenção médica. Crianças que admitem a fraude podem apresentar um menor risco de repetição do comportamento, principalmente quando as fabricações são confrontadas numa fase precoce.⁶⁷

Somatização

Também é possível a presença de somatização da criança ou adolescente⁶⁷, que corresponde à manifestação de sintomas físicos sem evidência de doença orgânica subjacente^{3,65}, sendo a produção dos sintomas e a sua motivação inconscientes.⁴¹ Esta é

uma forma muito comum dos jovens manifestarem dificuldades emocionais ou familiares.⁶⁷

Malingering

O “*Malingering*” corresponde a uma situação de relato ou simulação intencional de sintomas inexistentes para obtenção de recompensas externas e tangíveis.⁸ É uma entidade comum na prática médica, embora a sua prevalência seja desconhecida.⁶⁸ Nestes casos, as motivações são conscientes, com recompensas variadas⁴¹: obtenção de medicação sujeita a receita médica; recompensa monetária⁴¹; evitar o serviço militar ou a detenção ou ainda obter uma baixa médica.^{13,68} Os indivíduos tendem a evitar procedimentos médicos dolorosos ou arriscados e raramente abandonam o hospital contra o parecer médico.⁶⁵ Quando a recompensa externa desejada é obtida, o comportamento de doença fabricada diminui.⁶⁹

Embora tradicionalmente o “*malingering*” e os TF sejam descritos como mutuamente exclusivos, o primeiro com objetivos externos e o segundo internos, alguns autores consideram que estes podem coexistir, pois os indivíduos podem ter motivações múltiplas para a fraude.^{65,68,70}

Perturbação Delirante

Esta perturbação, especialmente na presença de um delírio somático, pode simular outras doenças médicas ou psiquiátricas. Caracteriza-se pela presença de uma crença fixa e falsa, sendo o conteúdo do delírio circunscrito: o doente não acha que tem várias doenças, apenas uma. Excetuando este delírio encapsulado, age de forma apropriada e tem uma capacidade intacta de distinguir realidade da fantasia. Pode ser difícil lidar com estes doentes quando lhes é dito que não têm uma doença que eles acreditam veementemente ter.⁶⁵ A perturbação delirante pode ser um diagnóstico diferencial de SMBP, quer se manifeste no cuidador, quer, menos frequentemente, na criança.

Tratamento e Prognóstico

A avaliação de doença mental no agressor (como a presença de perturbação de somatização, do humor ou da personalidade)²⁹, assim como o seu tratamento psiquiátrico, são essenciais.⁶³ Contudo, este muitas vezes não os aceita.⁵

É também fulcral garantir a segurança da vítima e promover a sua reabilitação ativa^{7,29}, através de um acompanhamento formal e cuidadoso.³⁵ Na ausência de uma estratégia terapêutica consistentemente eficaz, a separação do progenitor e da criança é por vezes necessária, recorrendo à alocação a uma família de acolhimento ou a outros familiares.^{37,60} A reunificação do agressor com a criança é possível, mas deve ser feita com ponderação e apenas em casos selecionados^{29,36,46}, assegurando um acompanhamento adequado pelos serviços de proteção infantil.²⁹

Pode ainda ser necessária intervenção terapêutica noutros membros da família, amigos ou profissionais de saúde.⁵⁸

Esta intervenção pode ser feita através de psicoterapia individual, de grupo ou ainda familiar, visando alterar a dinâmica familiar e relacional.⁵⁵ Serão listadas em anexo algumas características da personalidade do agressor que podem representar obstáculos à terapia (Tabela II)²⁹, bem como alguns indicadores de tratamento bem-sucedido (Tabela III)³³.

A abordagem destes casos requer a intervenção de uma equipa multidisciplinar.

Sabe-se pouco acerca do tratamento e efeitos a longo termo do SMBP na unidade familiar.^{28,35} Em geral, o prognóstico dos agressores tem sido mau.^{33,37} A recorrência do abuso é frequente, caso a criança permaneça com o agressor.^{5,29,49,60} Contudo, existem relatos de intervenção psiquiátrica no agressor que resultou em suficiente saúde mental para permitir um restabelecimento da unidade familiar.^{23,33} Foram identificados vários fatores preditores de bom prognóstico, que estão listados em anexo na Tabela IV.⁶⁶

Conclusão

Foram identificados vários fatores e características comuns a muitos dos agressores de SMBP, como o sexo feminino, profissões na área da saúde, características psicopatológicas e a existência de conflitos conjugais.⁹ A exposição a situações de abuso durante a infância é um achado frequente nestes indivíduos²³ e muitos deles também experienciaram situações de disrupção familiar, com separação ou perda de um progenitor.⁴⁶ Contudo, nem todos os agressores se inserem no protótipo estabelecido. Apesar das dificuldades associadas ao diagnóstico e caracterização psicológica deste grupo de doentes, é importante expandir o conhecimento acerca das suas características de personalidade e dinâmicas relacionais, no sentido de melhorar as intervenções terapêuticas e minimizar o sofrimento das vítimas.

Os agressores apresentam frequentemente algum tipo de psicopatologia, sendo os diagnósticos mais frequentes as perturbações da personalidade, transtorno factício, perturbação de somatização, mentira compulsiva e perturbações do humor.⁹

Os profissionais de saúde devem estar alerta para a possibilidade deste diagnóstico, de forma a evitar dano iatrogénico e a continuação do abuso. A criação de uma base de dados regional ou nacional, que registasse a procura de cuidados de saúde, permitiria uma identificação mais precoce destas situações.⁷

Por outro lado, a identificação precoce dos indivíduos mais suscetíveis ao desenvolvimento deste tipo de comportamento seria benéfica e permitiria oferecer-lhes alternativas terapêuticas para lidar com as suas emoções e necessidades sem ser necessário provocar doença na criança.⁴⁶

O tratamento desta entidade é difícil e complexo, sendo o prognóstico reservado. É necessária mais investigação para otimizar o tratamento destes indivíduos, adequando-o às suas características.

Anexos

Tabela I. Sinais de alarme de Síndrome de Munchausen *by Proxy*

Doença invulgar ou com curso inexplicável ^{10,22} , ou sinais e sintomas bizarros ³⁷ , recorrentes ²⁴ e refratários ao tratamento. ³⁶ Isto é especialmente verdade quando ou quando os diagnósticos diferenciais correspondem a patologias menos comuns que o SMBP. ⁴⁸
Discrepância entre a história fornecida pelo cuidador e a avaliação clínica do médico ³⁶ e vítima que parece demasiado saudável para a história relatada. ¹⁰
Sintomas que ocorrem na presença do cuidador, mas não na sua ausência, cessando com o seu afastamento. ^{42,63}
Historial de contactos frequentes com os cuidados de saúde ^{24,63} , com recurso a vários médicos e hospitais ²² , e procura de outras opiniões médicas após se ter chegado a uma opinião clínica definitiva. ²⁹
Realização de vários procedimentos diagnósticos sem se conseguir chegar a um diagnóstico claro ²⁴ ou achados clínicos e laboratoriais incomuns ou inconsistentes com a história clínica. ³⁶
Deteção de substâncias exógenas em amostras biológicas. ²⁴
Insistência do cuidador na realização de mais exames diagnósticos ³⁶ , sem se opor ou manifestar pena perante a realização de intervenções dolorosas. ¹⁵ Contudo, não manifesta alívio quando os exames excluem a possibilidade de uma doença em particular ³⁶ e não demonstra prazer perante a melhoria do estado clínico da criança ³³ , resistindo à alta hospitalar. ³⁶
Perante a doença da criança ou complicações do seu estado clínico, o cuidador parece estar anormalmente calmo, parecendo satisfeito perante a atenção dada à falta de resposta ao tratamento. ³⁶ Por vezes, estes cuidadores tentam reconfortar os profissionais de saúde. ⁴⁸
Insistência por parte do cuidador de que a criança não consegue passar sem a sua atenção contínua ³³ , demonstrando demasiada relutância em deixar a cabeceira da criança ³⁶ e insistindo em fazer todos os cuidados que a criança necessita, excluindo a equipa de enfermagem. ³⁷ Estes indivíduos muitas vezes agem de forma diferente para com a criança quando pensam que ninguém está a observar. ^{42,59}
Crianças que persistentemente não toleram ou não respondem ao tratamento médico ⁴⁸ , ou que tenham (alegadamente) sensibilidade a várias substâncias ambientais ou fármacos. ³³
História de morte ou doença de irmãos da criança.
Cuidadores com história de somatização ou múltiplos sintomas inexplicados durante a gravidez. ⁵³
Absentismo escolar prolongado sem achados clínicos documentados que atestem a sua necessidade ⁵⁵ e restrição das atividades normais da criança. ²⁹

Tabela II – Características da personalidade do agressor que podem constituir obstáculos à psicoterapia.²⁹

Atitude confrontativa e exigente.
Baixo controlo de impulsos.
Historial de negação ou mentira patológica.
Presença de somatização.
Sentimentos de vazio e dificuldade em encarar experiências emocionais como reais, levando à criação de drama e excitação para compensar este sentimento.

Tabela III: Indicadores de tratamento bem-sucedido delineados por Schreier. ³³

Admissão e descrição do abuso pelo agressor.
Vivência de uma resposta emocional apropriada aos seus comportamentos e ao dano que causou na criança.
Desenvolvimento de estratégias para gerir as suas necessidades de forma a evitar a recorrência do abuso, capacidades estas que deve demonstrar, sob monitorização, durante um período de tempo significativo.

Tabela IV. Fatores preditores de bom prognóstico

Identificação precoce do abuso, com intervenção ativa, mesmo que a criança não seja separada da mãe. ⁶⁶
Caso a criança seja separada da mãe, alocação em famílias de acolhimento durante períodos curtos antes de voltarem para a sua guarda ⁶⁶ , adoção precoce ou alocação de longo prazo na mesma família de acolhimento. ⁶⁶
Tratamento psiquiátrico de longo prazo do agressor ⁵ ou estabelecimento de uma relação terapêutica de longa duração entre este e um assistente social. ⁶⁶
Reconhecimento da fabricação/indução de doença por parte do cuidador. ²⁹
Presença fatores stressantes à data do abuso, que o possam ter despoletado. ²⁹
Participação positiva contínua por parte do pai da criança. ^{66,71}
Resolução de eventuais problemas conjugais ^{33,42} , ou ocorrência de um novo casamento bem-sucedido da mãe agressora. ⁶⁶

Bibliografia

1. Zittel S, Lohmann K, Bauer P, Klein C, Munchau A. Munchausen syndrome by genetics: Next-generation challenges for clinicians. *Neurology* 2017;88:1000-1.
2. Ashraf N, Thevasagayam MS. Munchausen syndrome by proxy presenting as hearing loss. *The Journal of laryngology and otology* 2014;128:540-2.
3. Schrader H, Aasly JO, Bohmer T. Challenges presented by Munchausen syndrome. *Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke* 2017;137:696-7.
4. Conway SP, Pond MN. Munchausen syndrome by proxy abuse: a foundation for adult Munchausen syndrome. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry* 1995;29:504-7.
5. Klepper J, Heringhaus A, Wurthmann C, Voit T. Expect the unexpected: favourable outcome in Munchausen by proxy syndrome. *Eur J Pediatr* 2008;167:1085-8.
6. Asher R. Munchausen's syndrome. *Lancet (London, England)* 1951;1:339-41.
7. Ferrara P, Vitelli O, Bottaro G, et al. Factitious disorders and Munchausen syndrome: the tip of the iceberg. *Journal of child health care : for professionals working with children in the hospital and community* 2013;17:366-74.
8. American Psychiatric Association. *Somatic Symptom and Related Disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington, DC 2013.
9. Yates G, Bass C. The perpetrators of medical child abuse (Munchausen Syndrome by Proxy) - A systematic review of 796 cases. *Child Abuse Negl* 2017;72:45-53.
10. Awadallah N, Vaughan A, Franco K, Munir F, Sharaby N, Goldfarb J. Munchausen by proxy: A case, chart series, and literature review of older victims 2005.
11. Anderson APA, Feldman MD, Bryce J. Munchausen by Proxy: A Qualitative Investigation into Online Perceptions of Medical Child Abuse. *J Forensic Sci* 2018;63:771-5.
12. Scheper-Hughes N. Disease or deception: Munchausen by Proxy as a weapon of the weak. *Anthropology & medicine* 2002;9:153-73.
13. Bass C, Halligan P. Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management. *Lancet (London, England)* 2014;383:1422-32.
14. Jaghab K, Skodnek KB, Padder TA. Munchausen's Syndrome and Other Factitious Disorders in Children: Case Series and Literature Review. *Psychiatry (Edgmont)* 2006;3:46-55.
15. Bertulli C, Cochat P. Munchausen syndrome by proxy and pediatric nephrology. *Nephrologie & therapeutique* 2017;13:482-4.
16. Vennemann B, Perdekamp MG, Weinmann W, Faller-Marquardt M, Pollak S, Brandis M. A case of Munchausen syndrome by proxy with subsequent suicide of the mother. *Forensic Sci Int* 2006;158:195-9.
17. Eisendrath SJ. Factitious physical disorders. *The Western journal of medicine* 1994;160:177-9.
18. Fisher GC, Mitchell I. Is Munchausen syndrome by proxy really a syndrome? *Arch Dis Child* 1995;72:530-4.
19. Godding V, Kruth M. Compliance with treatment in asthma and Munchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child* 1991;66:956-60.
20. Stirling J, Jr. Beyond Munchausen syndrome by proxy: identification and treatment of child abuse in a medical setting. *Pediatrics* 2007;119:1026-30.
21. Kucuker H, Demir T, Oral R. Pediatric condition falsification (Munchausen syndrome by Proxy) as a continuum of maternal factitious disorder (Munchausen syndrome). *Pediatric diabetes* 2010;11:572-8.
22. Little A, Curtis H, Kellogg B, Harrington M. Munchausen Syndrome Disguised As Gossypiboma: An Interesting Case. *Eplasty* 2016;16:ic39.
23. Boyd AS, Ritchie C, Likhari S. Munchausen syndrome and Munchausen syndrome by proxy in dermatology. *J Am Acad Dermatol* 2014;71:376-81.

24. Bartsch C, Risse M, Schutz H, Weigand N, Weiler G. Munchausen syndrome by proxy (MSBP): an extreme form of child abuse with a special forensic challenge. *Forensic Sci Int* 2003;137:147-51.
25. Acarturk TO, Abdel-Motleb M, Acar F. How to kill a flap: munchausen syndrome - a silent trap for plastic surgeons. *J Hand Microsurg* 2014;6:42-4.
26. Fraser MJ. A mother's investment in maintaining illness in her child: A perversion of mothering and of women's role of 'caring'? 2008.
27. Lawlor A, Kirakowski J. When the lie is the truth: grounded theory analysis of an online support group for factitious disorder. *Psychiatry Res* 2014;218:209-18.
28. Morrell B, Tilley DS. The role of nonperpetrating fathers in Munchausen syndrome by proxy: a review of the literature. *Journal of pediatric nursing* 2012;27:328-35.
29. Bass C, Glaser D. Early recognition and management of fabricated or induced illness in children. *Lancet (London, England)* 2014;383:1412-21.
30. Rabbone I, Galderisi A, Tinti D, Ignaccolo MG, Barbetti F, Cerutti F. Case Report: When an Induced Illness Looks Like a Rare Disease. *Pediatrics* 2015;136:e1361-5.
31. Craft AW, Hall DM. Munchausen syndrome by proxy and sudden infant death. *BMJ (Clinical research ed)* 2004;328:1309-12.
32. Koetting C. Caregiver-fabricated illness in a child. *J Forensic Nurs* 2015;11:114-7.
33. Flaherty EG, Macmillan HL. Caregiver-fabricated illness in a child: a manifestation of child maltreatment. *Pediatrics* 2013;132:590-7.
34. Greiner MV, Palusci VJ, Keeshin BR, Kearns SC, Sinal SH. A preliminary screening instrument for early detection of medical child abuse. *Hosp Pediatr* 2013;3:39-44.
35. Ali-Panzarella AZ, Bryant TJ, Marcovitch H, Lewis JD. Medical Child Abuse (Munchausen Syndrome by Proxy): Multidisciplinary Approach from a Pediatric Gastroenterology Perspective. *Current gastroenterology reports* 2017;19:14.
36. State of Michigan - Governor's Task Force on Child Abuse and Neglect. Medical Child Abuse: A Collaborative Approach to Identification, Investigation, Assessment and Intervention. In: Services DoH, ed. 2017.
37. Braham MY, Jedidi M, Chkirbene Y, et al. Caregiver-Fabricated Illness in a Child: A Case Report of Three Siblings. *J Forensic Nurs* 2017;13:39-42.
38. Sugandhan S, Gupta S, Khandpur S, Khanna N, Mehta M, Inna P. 'Munchausen syndrome by proxy' presenting as battered child syndrome: a report of two cases. *Int J Dermatol* 2010;49:679-83.
39. Hall DE, Eubanks L, Meyyazhagan LS, Kenney RD, Johnson SC. Evaluation of covert video surveillance in the diagnosis of munchausen syndrome by proxy: lessons from 41 cases. *Pediatrics* 2000;105:1305-12.
40. Gomila I, Lopez-Corominas V, Pellegrini M, et al. Alimemazine poisoning as evidence of Munchausen syndrome by proxy: A pediatric case report. *Forensic Sci Int* 2016;266:e18-e22.
41. Eisendrath SJ, Telischak KS. Factitious disorders: potential litigation risks for plastic surgeons. *Ann Plast Surg* 2008;60:64-9.
42. Southall DP, Plunkett MC, Banks MW, Falkov AF, Samuels MP. Covert video recordings of life-threatening child abuse: lessons for child protection. *Pediatrics* 1997;100:735-60.
43. Truman TL, Ayoub CC. Considering suffocatory abuse and Munchausen by proxy in the evaluation of children experiencing apparent life-threatening events and sudden infant death syndrome. *Child maltreatment* 2002;7:138-48.
44. Denny SJ, Grant CC, Pinnock R. Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy in New Zealand. *Journal of paediatrics and child health* 2001;37:240-3.
45. Wittkowski H, Hinze C, Hafner-Harms S, et al. Munchausen by proxy syndrome mimicking systemic autoinflammatory disease: case report and review of the literature. *Pediatric rheumatology online journal* 2017;15:19.

46. Bass C, Jones D. Psychopathology of perpetrators of fabricated or induced illness in children: case series. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 2011;199:113-8.
47. McClure RJ, Davis PM, Meadow SR, Sibert JR. Epidemiology of Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. *Arch Dis Child* 1996;75:57-61.
48. DiBiase P, Timmis H, Bonilla JA, Szeremeta W, Post JC. Munchausen syndrome by proxy complicating ear surgery. *Archives of otolaryngology--head & neck surgery* 1996;122:1377-80.
49. Rand DC, Feldman MD. An explanatory model for Munchausen by proxy abuse. *International journal of psychiatry in medicine* 2001;31:113-26.
50. Burton MC, Warren MB, Lapid MI, Bostwick JM. Munchausen syndrome by adult proxy: a review of the literature. *Journal of hospital medicine* 2015;10:32-5.
51. Moreno-Arino M, Bayer A. Munchausen syndrome by proxy-illness fabricated by another in older people. *Age and ageing* 2017;46:166-7.
52. Deimel GWt, Burton MC, Raza SS, Lehman JS, Lapid MI, Bostwick JM. Munchausen syndrome by proxy: an adult dyad. *Psychosomatics* 2012;53:294-9.
53. Eminson M, Jureidini J. Concerns about research and prevention strategies in Munchausen Syndrome by Proxy (MSBP) abuse. *Child Abuse Negl* 2003;27:413-20.
54. Libow JA, Schreier HA. Three forms of factitious illness in children: when is it Munchausen syndrome by proxy? *The American journal of orthopsychiatry* 1986;56:602-11.
55. Masterson J, Dunworth R, Williams N. Extreme illness exaggeration in pediatric patients: a variant of Munchausen's by Proxy? *The American journal of orthopsychiatry* 1988;58:188-95.
56. Libow JA. Munchausen by proxy victims in adulthood: a first look. *Child Abuse Negl* 1995;19:1131-42.
57. Repper J. Munchausen syndrome by proxy in health care workers. *Journal of advanced nursing* 1995;21:299-304.
58. Rosenberg DA. Munchausen Syndrome by Proxy: medical diagnostic criteria. *Child Abuse Negl* 2003;27:421-30.
59. Adshead G, Brooke D, Samuels M, Jenner S, Southall D. Maternal behaviors associated with smothering: a preliminary descriptive study. *Child Abuse Negl* 2000;24:1175-83.
60. Feldman MD, Rosenquist PB, Bond JP. Concurrent factitious disorder and factitious disorder by proxy. *Double jeopardy. General hospital psychiatry* 1997;19:24-8.
61. Vennemann B, Bajanowski T, Karger B, Pfeiffer H, Kohler H, Brinkmann B. Suffocation and poisoning--the hard-hitting side of Munchausen syndrome by proxy. *International journal of legal medicine* 2005;119:98-102.
62. Weston WL, Morelli JG. "Painful and disabling granuloma annulare": a case of Munchausen by proxy. *Pediatric dermatology* 1997;14:363-4.
63. Nogueira-de-Almeida CA, de Almeida CCJN, Pereira NI, de Souza Filho NA, de Oliveira VA. Obesity as a Presentation of Munchausen Syndrome by Proxy. *Journal of tropical pediatrics* 2018;64:78-81.
64. Akin O, Yesilkaya E, Sari E, et al. A Rare Reason of Hyperinsulinism: Munchausen Syndrome by Proxy. *Hormone research in paediatrics* 2016;86:416-9.
65. Huffman JC, Stern TA. The diagnosis and treatment of Munchausen's syndrome. *General hospital psychiatry* 2003;25:358-63.
66. Bools CN, Neale BA, Meadow SR. Follow up of victims of fabricated illness (Munchausen syndrome by proxy). *Arch Dis Child* 1993;69:625-30.
67. Libow JA. Child and adolescent illness falsification. *Pediatrics* 2000;105:336-42.
68. Amlani A, Grewal GS, Feldman MD. Malingering by Proxy: A Literature Review and Current Perspectives. *J Forensic Sci* 2016;61 Suppl 1:S171-6.
69. Eisendrath SJ, McNiel DE. Factitious physical disorders, litigation, and mortality. *Psychosomatics* 2004;45:350-3.

70. Feldman MD. Munchausen by proxy and malingering by proxy. *Psychosomatics* 2004;45:365-6.
71. Berg B, Jones DP. Outcome of psychiatric intervention in factitious illness by proxy (Munchausen's syndrome by proxy). *Arch Dis Child* 1999;81:465-72.